

نگرش رانندگان موتور سیکلت شهر خمین در استفاده از کلاه ایمنی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۸۸

محمد علی عروجی*^۱، عبدالرحمان چرکزی^۲، فاطمه یزدان پور^۳، دکتر منصور ناعمی^۴

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، شبکه بهداشت و درمان خمین، دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۲- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۳- کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، شبکه بهداشت و درمان خمین، دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۴- پزشک عمومی، پزشکی قانونی شهرستان خمین.

چکیده

زمینه و هدف: شناخت و اصلاح رفتارهای ترافیکی مردم به خصوص عدم استفاده از کلاه ایمنی، به عنوان یک راهکار به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از حوادث جاده ای مطرح می باشد. این مطالعه با هدف بررسی موانع رانندگان موتور سیکلت در استفاده از کلاه ایمنی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در شهر خمین انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی می باشد. جمعیت مورد مطالعه، ۳۸۴ نفر از رانندگان موتور سیکلت بودند و نمونه گیری به روش آسان از افراد در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته بر اساس سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی بود. پرسشنامه به صورت مصاحبه ای تکمیل شد و عملکرد، حساسیت درک شده، موانع و منافع درک شده و شدت درک شده با استفاده از آزمون های تی مستقل، همبستگی پیرسون، اسپیرمن، کای-اسکوئر و ویلکاکسون محاسبه و ارتباط هر کدام از بخش ها با عملکرد سنجیده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: علت عدم استفاده از کلاه ایمنی به ترتیب عرق کردن، کمتر شنیده شدن صدا، گران بودن، سنگین بودن کلاه، محدودیت دید، احساس خفگی، به هم ریختن آرایش موها، گم کردن کلاه ایمنی، خجالت کشیدن و وقت گیر بودن در هنگام استفاده از کلاه ایمنی بود. استفاده از کلاه ایمنی در زمان بررسی ۱۶/۲ درصد بود. ۶۱/۴ درصد از افراد مورد مطالعه، آموزش و اطلاع رسانی، ۲۲/۷ درصد جریمه توسط پلیس و ۱۵/۹ درصد توقف موتور سیکلت را در استفاده از کلاه ایمنی مؤثر دانستند. میانگین نمرات حساسیت درک شده، موانع و منافع درک شده و راهنمای به عمل با میانگین نمره عملکرد ارتباط معنی داری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان می دهد که اجرای برنامه ی آموزشی مناسب در مورد استفاده از کلاه ایمنی بر اساس سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، طراحی مناسب کلاه ایمنی به علت مشکلات ذکر شده (تعرق، نشنیدن صدا، احساس خفگی و...) و اصلاح رفتار پلیس در برخورد با عدم استفاده از کلاه ایمنی به سمت آموزش، می تواند در استفاده از کلاه ایمنی مؤثر باشد.

کلید واژه ها: موتور سیکلت، مدل اعتقاد بهداشتی، کلاه ایمنی، رانندگان

* نویسنده مسئول: محمد علی عروجی، پست الکترونیکی: orouji56@yahoo.com

نشانی: استان مرکزی، شهرستان خمین، بلوار قدس، شبکه بهداشت و درمان خمین. نمابر: ۰۸۶۵)۲۲۲۸۰۸۶

وصول مقاله: ۹۰/۸/۳۰، پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۹

مقدمه

شناخت و اصلاح رفتارهای ترافیکی مردم بخصوص عدم استفاده از کلاه ایمنی، به عنوان یک راهکار به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از حوادث جاده ای مطرح می باشد. در سال ۲۰۰۰ حدود ۱/۲ میلیون نفر، به سبب آسیب های ترافیکی جان خود را از دست داده- اند و بسیاری از موارد در میان جوانان روی داده است و یکی از راهبردها به منظور کاهش حوادث ترافیکی، استفاده از کلاه ایمنی می باشد (۱ و ۲).

در جهان حدود ۱/۲ میلیون نفر در اثر حوادث جاده ای کشته و حدود ۵۰ میلیون نفر آسیب می بینند و پیش بینی می شود که ارقام فوق طی ۲۰ سال آینده ۶۵ درصد افزایش خواهد یافت (۳). یک بررسی مروری نشان داد که استفاده از کلاه ایمنی، احتمال مرگ را ۴۲ درصد و ضربه به سر را ۶۹ درصد در استفاده کنندگان از موتور سیکلت کاهش می دهد (۴). در این بررسی ۲۲۴ نفر با میانگین سنی ۳۵ سال شرکت داشتند که در زمان بررسی ۲۳/۸ درصد دارای کلاه ایمنی و ۴۵/۸ درصد سابقه تصادف داشتند (۵).

در ایران حوادث ترافیکی، اولین عامل از دست رفتن عمر و دومین علل مرگ در سال ۱۳۸۳ بوده است (۶). موتورسواران به تنهایی مسئول نیمی از حوادث ترافیکی بوده (۷) و علت عمده مرگ، ترما و ضربه سر و گردن می باشد (۸). در صورتی که ۷۵/۷ درصد کسانی که موتور سیکلت استفاده می کنند، هیچ گاه از کلاه ایمنی استفاده نمی کنند (۷). در چند سال اخیر در کشور ما به علت رشد صنایع موتور سیکلت سازی، موجبات اقبال بیش از پیش نسل جوان و طبقه متوسط جامعه به این وسیله نقلیه نامطمئن را فراهم آورده است. میزان مرگ و میر ناشی از موتور سیکلت در منابع مختلف از ۶ درصد تا ۲۴ درصد متغیر است که در مقایسه با میزان مرگ و میر حدود ۳ درصد سایر تصادفات بسیار بالاست (۹).

از میان علل شیوع شایع تروما، تصادف وسیله نقلیه به ویژه موتورسیکلت می باشد. در بررسی ۶۵ درصد علت نهایی فوت را ضربه به سر و همچنین در این بررسی دومین علت فوت بعد از عابرین، موتور سواران یا دوچرخه سواران بودند (۱۰).

در شهر تهران شایع ترین علت تروما، وابسته به حمل و نقل در مردان، آسیب های ترومای ناشی از موتور سیکلت ۴۲ درصد گزارش شده است (۴). در همین راستا در بررسی دیگری شانس بروز خطر در عدم استفاده کنندگان از کمربند و کلاه ایمنی بیشتر بوده است و همچنین موتور سواران ۵/۵ برابر رانندگان کامیون، شانس وقوع صدمه را متعاقب تصادف نشان دادند (۱۱). برای اثر بخش بودن برنامه های آموزش بهداشت، استفاده صحیح و مناسب از تئوری های آموزش بهداشت ضروریست (۱۲). مدل اعتقاد بهداشتی به منظور توضیح دلایل عدم مشارکت افراد در برنامه پیشگیری کننده بر اساس اعتقادات شخصی است. اگر افراد خود را در معرض خطر جدی احساس کنند (درک ابتلا و شدت)، در فعالیت های غربالگری و پیشگیری از بیماری ها شرکت می کنند (۱۳).

Simsekoglu و همکاران در تحقیقی (۲۰۰۸) درباره ی استفاده از کمربند ایمنی در رانندگان و مقایسه دو مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری رفتار برنامه ریزی شده، موانع درک شده را به عنوان قوی ترین عامل تعیین کننده در بستن کمربند ایمنی در جاده های شهری مشخص نمودند (۱۴).

Servadei و همکاران (۲۰۰۳) در مورد اثرات اجرای قوانین استفاده از کلاه ایمنی در تصادفاتی که منجر به صدمات مغزی می شوند با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی دریافت که موانع و منافع درک شده، قوی-ترین عامل تعیین کننده در عملکرد می باشند (۴).

(۴سؤال)، به گزینه بلی نمره ۱ و به گزینه خیر نمره صفر داده شد. به منظور تعیین اعتماد علمی ابتدا از روایی صوری استفاده شد؛ بدین ترتیب که از طریق مطالعه متون علمی متعدد طراحی اولیه آن صورت گرفت و سپس در اختیار تعدادی از اساتید متخصص در زمینه آموزش بهداشت، بهداشت حرفه ای، آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی اراک و تهران قرار داده شد و نظرات ارشادی آنان در جهت روایی پرسشنامه مدنظر قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه از طریق آزمون ثبات درونی در فاز پایلوت بر روی ۳۰ نفر تأیید شد. برای سؤالات حوزه های عملکرد ($\alpha=0/93$)، حساسیت درک شده ($\alpha=0/86$)، شدت درک شده ($\alpha=0/8$)، منافع درک شده ($\alpha=0/85$)، موانع درک شده ($\alpha=0/92$) و برای سؤالات راهنمای به عمل ($\alpha=0/82$) به دست آمد.

داشتن کلاه ایمنی، استفاده از آن موقع رانندگی، استفاده از موتورسیکلت به چه منظور و در چه مسیرهایی و تأثیر این عوامل در استفاده از کلاه ایمنی به عنوان سؤالات عملکرد در نظر گرفته شدند. استفاده از کلاه ایمنی در هنگام مصاحبه و مشاهده آن توسط پرسشگر به عنوان میزان استفاده از کلاه ایمنی در نظر گرفته شد. عدم نیاز به استفاده از کلاه ایمنی به علت رانندگی در خیابان های خلوت و رانندگی با سرعت های پایین به عنوان سؤالات حساسیت درک شده و خطر مرگ به علت عدم استفاده از کلاه ایمنی، ایجاد معلولیت و هزینه های درمان به عنوان شدت درک شده در نظر گرفته شدند. آرامش خاطر راننده، جلوگیری از ضربه به سر و جلوگیری از جرمه شدن توسط پلیس به عنوان منافع درک شده و سنگین بودن کلاه، گران بودن آن، محدودیت دید و کمتر شنیده شدن صداها به عنوان موانع درک شده در نظر گرفته شدند. راهنمایی پلیس، دوستان، اعضای خانواده و رسانه های ارتباط جمعی به عنوان سؤالات راهنمای به عمل در نظر گرفته شدند.

تحقیقی دیگر بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و قصد رفتار با تمایل به غربالگری، به اهمیت موضوع، انگیزه درونی، درک فواید و انگیزه پیروی از دیگران رابطه معنی داری نشان داد (۱۵). مطالعه ای در مورد تعیین کننده های رفتار استفاده از کلاه ایمنی با استفاده از مدل رفتار برنامه ریزی شده نشان می دهد که علاوه بر وجود قوانین، عوامل زیادی را در مورد استفاده از کلاه ایمنی مثل توسعه و اجرای برنامه های مؤثر را باید لحاظ کرد (۱۶). با توجه به اینکه مطالعه انجام شده با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در ایران بر اساس یافته های ما تاکنون انجام نگرفته است و این مدل می تواند دلایل عدم استفاده از کلاه ایمنی در مراحل مختلف تغییر رفتار را مشخص نماید؛ این مطالعه با هدف بررسی عملکرد رانندگان موتورسیکلت در استفاده از کلاه ایمنی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در شهر خمین در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد. جمعیت مورد مطالعه ۳۸۴ نفر از رانندگان موتورسیکلت ساکن در شهر خمین بودند و نمونه گیری به روش آسان از افراد در دسترس که شامل رانندگان موتورسیکلت در کوچه ها، خیابان های اصلی و فرعی و همچنین پارک ها می باشد به عمل آمد. داده ها با پرسشنامه محقق ساخته الگوی اعتقاد بهداشتی جمع آوری شد و شامل ۱۰ سؤال عملکرد بود که به جواب بلی هر گزینه نمره ۱ و به جواب خیر نمره صفر داده شد. ۵ سؤال در مورد حساسیت درک شده، ۴ سؤال در مورد شدت درک شده، ۵ سؤال در مورد منافع درک شده و ۱۱ سؤال در مورد موانع درک شده بود که به صورت مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) پرسیده شدند. جواب کاملاً مخالف نمره صفر، مخالف نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳ و جواب کاملاً موافق نمره ۴ در نظر گرفته شد. در سؤالات راهنمای به عمل

بین میانگین نمره عملکرد (استفاده از کلاه ایمنی)، شدت درک شده، منافع درک شده، راهنمای به عمل با متغیر دموگرافیک سن، رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0/05$) (جدول ۱).

آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین میانگین نمره حساسیت درک شده از نظر میزان تحصیلات افراد مورد بررسی رابطه مستقیم وجود دارد ($p < 0/05$)، ولی بین میانگین نمرات منافع درک شده، موانع درک شده و راهنمای به عمل رابطه معکوس وجود دارد ($p < 0/05$) (جدول ۱).

موتورسواران بعد از تکمیل کردن رضایت نامه‌ی فردی شرکت در مطالعه، پرسشنامه را به صورت مصاحبه‌ای تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش، از نرم افزار SPSS و آزمون های تی مستقل، همبستگی پیرسون، اسپیرمن، کای اسکور و ویلکاکسون استفاده گردید و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین میانگین نمرات حساسیت درک شده، موانع و منافع درک شده، راهنمای به عمل با میانگین نمره عملکرد ارتباط معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$). این آزمون نشان داد که

جدول ۱: سازه های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی و ارتباط آن ها با یکدیگر و عوامل دموگرافیک

متغیر	سن	تحصیلات	بعد خانوار	عملکرد
سازه مدل	تعداد	نتیجه آزمون همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی	نتیجه آزمون همبستگی اسپیرمن و ضریب همبستگی	نتیجه آزمون همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی
عملکرد	۳۸۴	$P < 0/001$ ۰/۱۹۳	$P = 0/366$ -۰/۰۴۶	$P = 0/327$ ۰/۰۵۳
حساسیت درک شده	۳۸۴	$P = 0/886$ -۰/۰۰۷	$P < 0/05$ ۰/۱۱۴	$P < 0/05$ ۰/۱۲۶
شدت درک شده	۳۸۴	$P < 0/05$ ۰/۱۱۲	$P = 0/226$ -۰/۰۶۱	$P = 0/428$ ۰/۰۴۰
منافع درک شده	۳۸۴	$P < 0/05$ ۰/۱۲۶	$P < 0/05$ -۰/۱۲۵	$P < 0/05$ ۰/۱۱۹
موانع درک شده	۳۸۴	$P = 0/053$ ۰/۰۹۷	$P < 0/05$ -۰/۱۵۳	$P < 0/05$ ۰/۱۲۶
راهنمای به عمل	۳۸۴	$P < 0/001$ ۰/۱۷۸	$P < 0/05$ -۰/۱۱۸	$P < 0/05$ ۰/۱۱۸

افراد متأهل به طور معنی داری بیشتر از افراد مجرد می باشد ($p < 0/05$). نتایج نشان داد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه $29 \pm 8/5$ است. همچنین ۴۲/۴ درصد از افراد مورد مطالعه مجرد و بقیه متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۵۱/۱ درصد افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات زیر دیپلم و ۴۸/۹ درصد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. میانگین بعد خانوار افراد مورد

آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین میانگین نمرات منافع درک شده و راهنمای به عمل از نظر بعد خانوار افراد مورد بررسی رابطه معکوس وجود دارد ($p < 0/05$) (جدول ۱). نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که به جز میانگین نمره حساسیت درک شده، سایر عوامل سازه های مدل (میانگین نمره عملکرد، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده و راهنمای به عمل) در

مطالعه ۱/۴۷ ± ۴ نفر بود. در بخش شدت درک شده، همه عوامل از نظر شرکت کنندگان در این مطالعه درصد توافق بالایی (بالای ۸۵ درصد) را داشتند.

در قسمت منافع درک شده، سؤال "استفاده از کلاه ایمنی از ضربه به سر جلوگیری می کند" بالاترین درصد توافق (۹۵/۵ درصد) را داشت.

در زیر مقیاس موانع درک شده، به ترتیب استفاده از کلاه ایمنی باعث تعریق می شود حداکثر (۶۱/۶ درصد موافق)، اختلال در شنیدن صدا حداکثر (۶۰/۳ درصد

موافق) و گران بودن کلاه ایمنی (۴۸/۷ درصد) موافق بودند (جدول ۲).

در بخش حساسیت درک شده، در رابطه با عدم استفاده از کلاه ایمنی دو سؤال "من با سرعت کم رانندگی می کنم، پس نیازی به کلاه ایمنی ندارم و من خوب رانندگی می کنم (تک چرخ نمی زنم، ویراژ نمی - دهم، از لابه لای ماشین ها رد نمی شوم و از چراغ قرمز رد نمی شوم) پس نیازی به کلاه ایمنی ندارم" بالاترین درصد توافق (۸۰ درصد) را داشتند.

جدول ۲: سوالات موانع استفاده از کلاه ایمنی به ترتیب درصد موافقین

سوالات موانع	موافق (درصد)	نظری ندارم (درصد)	مخالف (درصد)
استفاده از کلاه ایمنی در تابستان سبب عرق کردن می شود.	۶۱/۶	۸/۶	۲۹/۸
استفاده از کلاه ایمنی باعث می شود کمتر صداها را بشنوم.	۶۰/۳	۱۰/۴	۲۹/۳
کلاه ایمنی گران است.	۴۸/۷	۱۷/۷	۳۳/۶
کلاه ایمنی سنگین است.	۴۵/۴	۱۶/۴	۳۸/۲
استفاده از کلاه ایمنی باعث محدودیت دید می شود.	۴۵/۴	۱۵	۳۹/۶
در موقع استفاده از کلاه ایمنی احساس خفگی می کنم.	۴۰/۹	۱۷/۱	۴۲
استفاده از کلاه ایمنی آرایش موهای من را به هم می زند.	۳۶/۳	۱۰/۵	۵۳/۲
در موقع استفاده از کلاه ایمنی ممکن است آن را گم کنم.	۲۴	۲۱/۷	۵۴/۳
من از گذاشتن کلاه ایمنی خجالت می کشم.	۱۵/۹	۱۳/۱	۷۱
استفاده از کلاه ایمنی زیبایی صورت من را از بین می برد.	۱۵/۷	۱۲/۶	۷۱/۷
استفاده از کلاه ایمنی وقت گیر است.	۱۴/۹	۱۹/۲	۶۵/۹

در مورد نظرسنجی در رابطه با مواردی که می تواند در استفاده از کلاه ایمنی مؤثر باشد، ۶۱/۴ درصد از افراد مطالعه آموزش و اطلاع رسانی در مورد استفاده از کلاه ایمنی، ۲۲/۷ درصد جریمه توسط پلیس، ۱۵/۹ درصد توقف موتورسیکلت را مؤثر دانستند. همچنین ۶۹/۷ درصد از افرادی که توسط پلیس جریمه شده اند، اظهار داشته اند که جریمه پلیس تأثیری در استفاده از کلاه ایمنی

برای آن ها نداشته است. در مورد وضعیت استفاده از کلاه ایمنی در زمان بررسی ۷۲/۷ درصد کلاه ایمنی نداشتند، ۱۱/۱ درصد کلاه ایمنی همراه داشته اند، اما استفاده نمی کرده اند و تنها ۱۶/۲ درصد از کلاه ایمنی استفاده می کردند و ۷۰/۹ درصد از افرادی که در سال گذشته تصادف داشته اند، اظهار نمودند که در زمان تصادف کلاه ایمنی نداشته اند.

بحث

اجزای مدل اعتقاد بهداشتی، عبارتند از حساسیت درک شده، منافع و موانع درک شده و راهنمای به عمل می باشد (۳) که در این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی و با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی به صورت پنج گزینه ای لیکرت مورد سؤال قرار گرفت. در مورد تحصیلات و ارتباط آن با حساسیت درک شده که مشکل عمده در عدم استفاده از کلاه ایمنی بود و با تحصیلات رابطه مستقیم وجود داشت که به نظرمی رسد با آموزش و بالا بردن سطح اطلاعات و تحصیلات این مشکل مرتفع می گردد. این یافته با نتایج دیگر مطالعات انجام شده بر این اساس همخوانی دارد (۱۷).

در این تحقیق حساسیت درک شده، موانع و منافع درک شده، راهنمای به عمل ارتباط معنی داری با عملکرد داشت و در این مطالعه بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، حساسیت درک شده و موانع درک شده، بیشترین عامل تعیین کننده در استفاده از کلاه ایمنی بودند. این یافته با مطالعه انجام شده توسط Simsekoglu که در آن موانع درک شده، قوی ترین عامل تعیین کننده در بستن کمربند ایمنی در جاده های شهری بود، همخوانی دارد (۱۴) و همچنین در این راستا مطالعات دیگری مثل انجام غربالگری دهانه رحم (پاپ - اسمیر)، استفاده از کاندوم و استفاده از کلاه ایمنی در رانندگان موتور سیکلت که در آن موانع و منافع درک شده، قوی ترین عامل تعیین کننده در عملکرد بودند، همسو می باشد (۱۸ و ۱۹). در مطالعه حاضر، میانگین استفاده از کلاه ایمنی ۱۶/۲ درصد بود که اکثر افرادی (۷۰/۹ درصد) که سابقه تصادف داشتند در زمان تصادف از کلاه ایمنی استفاده نکرده بودند. این یافته با دیگر مطالعات انجام شده توسط رود ساری در تهران و خراسانی زواره در تبریز همخوانی دارد (۹ و ۱۱).

میزان استفاده از کلاه ایمنی غالباً در کشورهای در حال توسعه پایین بوده است؛ به عنوان مثال در هند در یک مطالعه ۶۹/۸ درصد و در ویتنام ۲۳/۳ درصد از کلاه ایمنی استفاده نمی کردند (۲۰ و ۲۱) و این در حالی است که در کشورهای توسعه یافته میزان استفاده از کلاه ایمنی به - عنوان مثال در اندونزی، نیوزلند و آلمان به ترتیب ۸۲،۹۲ و ۹۸/۸ درصد بوده است (۲۲ و ۲۳ و ۲۴). با توجه به استفاده کم از کلاه ایمنی، علی رغم شروع اجرای قوانین از سال ۱۳۸۴ در کشور ما و این سطح اختلاف استفاده از کلاه ایمنی با کشورهای توسعه یافته نشان می - دهد که علاوه بر وجود قوانین، عوامل زیادی در مورد استفاده از کلاه ایمنی مثل توسعه و اجرای برنامه های مؤثر در این زمینه نقش دارند. این یافته در مطالعه مظلومی و همکاران در زمینه بررسی استفاده از کلاه ایمنی با استفاده از مدل رفتار برنامه ریزی شده در یزد نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۱۶) و ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این زمینه را تأیید می کند. اکثر مشارکت کنندگان (۹۵/۵ درصد) می دانستند که کلاه ایمنی در حفظ سلامت آن ها مؤثر می - باشد؛ در حالی که تنها ۱۶/۲ درصد از کلاه ایمنی استفاده می کردند. این یافته با دیگر مطالعات انجام شده همخوانی دارد (۱۸ و ۲۵ و ۲۶).

این یافته ها نشان می دهد که باید در رفع موانع استفاده از کلاه ایمنی تأکید شود. در کشورهای با درآمد بالاسعی می کنند که آموزش در مورد استفاده از کلاه ایمنی را به سمت دانش و هم زمان افزایش نگرش به استفاده از کلاه ایمنی سوق دهند (۲۵ و ۲۷ و ۲۸).

دیگر یافته ها نیز تأیید می کنند که نگرش مثبت نسبت به استفاده از کلاه ایمنی بسیار مهم تر از دانش در مورد فواید استفاده از کلاه ایمنی می باشد (۱۷). به نظر می - رسد که علی رغم همراه داشتن کلاه ایمنی و دانستن در

استفاده از کلاه ایمنی، ممکن است مؤثر باشد، مثل سرعت های پایین یا استفاده از کلاه در خیابان های خلوت اطلاعی ندارند که این خودیکی از موانع بزرگ آموزشی در استفاده از کلاه ایمنی می باشد. با توجه به این که سرعت مجاز در مناطق شهری ایران بین ۴۰ تا ۶۰ کیلومتر می باشد، مداخله آموزشی در این زمینه و اجرای کامل قوانین ضروری به نظر می رسد. در مورد روش های مؤثر در استفاده از کلاه ایمنی، توقف موتورسیکلت و جریمه توسط پلیس کمترین درصد توافق را داشتند که اصلاح رفتار در برخورد با عدم استفاده از کلاه ایمنی از روش برخورد به روش آموزش و اطلاع رسانی احساس می گردد. با توجه به این که میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه، ۲۹ سال بوده و تمامی اجزای مدل به جز حساسیت و موانع درک شده با سن رابطه مستقیم داشتند، آموزش این گروه سنی با مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه استفاده از کلاه ایمنی ضروری به نظر می رسد. از محدودیت های این مطالعه، راحت نبودن مطالعه شوندگان در هنگام تکمیل پرسشنامه در حضور پرسشگر و علی رغم توجه کافی احتمال ارتباط و همکاری پرسشگر با پلیس در بعضی موارد در سطح شهر بود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نیاز به آموزش با مدل های آموزش بهداشت در زمینه استفاده از کلاه ایمنی و تغییر نگرش نسبت به و همچنین نیاز به طراحی استاندارد کلاه ایمنی و اصلاح رفتار در برخورد با عدم استفاده از کلاه ایمنی را تأکید می کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح تصویب شده با عنوان بررسی عملکرد رانندگان موتورسیکلت در استفاده از کلاه ایمنی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در شهر خمین سال ۱۳۸۸ استخراج شده است و بدین وسیله از معاونت

مورد فواید استفاده از کلاه ایمنی، نگرش منفی نسبت به استفاده از کلاه به عنوان مثال ساخت فیزیکی کلاه و عدم راحتی در مورد پوشش کلاه، یک مانع جدی در استفاده از کلاه ایمنی می باشد. نتیجه مطالعه Hung در ویتنام و Bianco در ایتالیا که در مورد بررسی موانع استفاده از کلاه ایمنی انجام شده بود نیز بر موارد ذکر شده تأکید داشتند (۲۱ و ۲۹). مطالعات کمی در مورد ارتباط بین نگرش موتورسواران و استفاده از کلاه ایمنی در کشورهای با درآمد متوسط یا پایین انجام شده (۲۱) که انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضرورت دارد. در مورد موانع استفاده از کلاه ایمنی، توجه به این نکته ضروری می باشد که اکثر شرکت کنندگان در این مطالعه، گزارش اختلال در شنوایی (۳/۶۰ درصد) و محدودیت دید (۵۶ درصد) را داشتند که با مطالعه Macknight و Hung (۳۰ و ۳۱) نیز همخوانی دارد. این در حالی است که این درصد در کشورهای پیشرفته به عنوان مثال در ایالات متحده در مطالعه Lowenstein در حدود ۱۹ درصد بوده است (۳۲) و این تفاوت ضرورت طراحی مناسب در زمینه کلاه ایمنی و اجرای برنامه بازاریابی اجتماعی و آموزش در این زمینه را تأکید می کند. چنان که در انگلیس پیشرفت زیادی در طراحی کلاه با مشخصات فردی صورت گرفته است (۳۳). عدم استفاده از کلاه ایمنی در هوای گرم که باعث تعریق و ناراحتی می گردد نیز در حدود ۶۸ درصد بوده که با مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد (۳۴ و ۳۵). عدم استفاده از کلاه ایمنی به خصوص در زمانی که با سرعت پایین و خوب رانندگی می شود و یا در خیابان های خلوت (۸۰ درصد) نشان می دهد که افراد مصاحبه شونده اعتقادی به استفاده از کلاه ایمنی در سرعت پایین ندارند؛ در حالی که طبق مطالعات انجام شده توسط Fukuda، استفاده از کلاه ایمنی در سرعت های پایین تر از ۵۰ کیلومتر بسیار مؤثر می باشد (۳۶). به نظر می رسد افراد از شرایطی که

در این مطالعه تقدیر و تشکر به عمل می آید.

References

- Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.
- Peden R, Scurfield D, Sleet D, Mohan A, Hyder A, Jarawan E. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.
- World Health Organization. Violence and injury prevention and disability (VIP). World report on road traffic injury prevention. WHO. Alirights/reserved 2008.
- Servadei F, Begliomini C, Gardini E, Giustini M, Taggi F, Kraus J. Effect of Italy's motorcycle helmet law on traumatic brain injuries. *Injury Prevention* 2003;9:257-60.
- Knowledge attitude and practice of Nigerian commercial motorcyclists in the use of crash helmet other safety measures. Oginni FO, Ugboko VI, Adewole RA. *Traffic Inj Prev*. 2007 Jun; 8 (2): 137-41.
- Naghavi M. Death features in 23 Provinces of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005 [Persian].
- Montazeri A. Road-traffic-related mortality in Iran: a descriptive study. *Public Health* 2004;118(2):103-10.
- Soori H, Royanian M, Zali AR, Movahedinejad A. Road traffic injuries in Iran: the role of interventions implemented by traffic police. *Traffic Injury Prevention* 2009;10:375-8. [Persian]
- Khorasani-Zavareh D, Haglund Bo JA, Mohammadi R, Naghavi M, Laflamme L. Traffic injury deaths in West Azarbaijan province of Iran: a cross-sectional interview-based study on victims' characteristics and pre-hospital care. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 2009;16(3):119-26. [Persian]
- Kadkhodaie MH. Three-year review of facial fractures at a teaching hospital in northern Iran. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2006;44:223-9. [Persian]
- Roudsari BS, Sharzei K, Zargar M. Sex and age distribution in transport-related injuries in Tehran. *Accident Analysis and Prevention* 2004;36:391-8. [Persian]
- Jackson C. Behavioral science theory and principles for practice in health education. *Health Educ Res*. 1997;12(2):143-50.
- Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning. An education and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill. 2005; 1-22.
- Simsekoglu O, Lajunen T. Social psychology of seat belt use: A comparison of theory of planned behavior and health belief model. *Transportation Research Part F* 11 2008; 181-91.
- David j. Doukas A, Russel Localio Yuelin li: Attitudes and beliefs concerning prostate cancer genetic screening; *Genetics*; 2004; 66 : 445- 51.
- Mehri A, Mazloomi S, Morowatisharifabad A, Naderian H. Determinants of helmet use behaviour among employed motorcycle riders in Yazd, Iran based on theory of planned behaviour. *Injury, Int. J. Care Injured* 2010; 4389. [Persian]
- Youngblood J. Nationwide survey of rider attitude concerning safety helmets (U.S.). In: *International Motorcycle Safety Conference Proceedings*; Conference held in 18-23 May, Washington, DC. 1980; 3: 1435-65.
- Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening among young Hispanic women. *Preventive Medicine*. 2004; 38: 192-97.
- Laraque D, Mclean DE, Brown-Peterside P, Ashton D, Diamond B. Predictors of reported condom use in central Harlemyouth as conceptualized by the health belief model. *Journal of Adolescent Health*. 1997; 21: 318-27.
- Dandona R, Anil Kumar G, Dandona L. Risky behavior of drivers of motorized two wheeled vehicles in India. *Journal of Safety Research* 2006;37:149-58.
- Hung DV, Stevenson MR, Ivers RQ. Motorcycle helmets in Vietnam: ownership quality, purchase price, and affordability. *Traffic Injury Prevention* 2008;9: 135-43.

22. Conrad P, Bradshaw YS, Lamsudin R. Helmets, injuries and cultural definitions: motorcycle injury in urban Indonesia. *Accident Analysis & Prevention* 1996;28:193-200.
23. Reeder AI, Chalmers DJ, Langley JD. The risky and protective motorcycling opinions and behaviors of young on-road motorcyclists in New Zealand. *Social Science and Medicine*. 1996;42(9):1297-311.
24. Wick M, Muller EJ, Ekkernkamp A, Muhr G. The motorcyclist: easy rider or easy victim? An analysis of motorcycle accidents in Germany. *American Journal of Emergency Medicine* 1998;16(3):320-3.
25. Lindauer LB, Ritzel DO. Knowledge and attitudes as predictors of motorcycle helmet use. In: *Proceedings of the 22nd Conference of the American Association for Automotive Medicine Conference* 1978; 60-8.
26. Fleischer GA. An Experiment in the Use of Broadcast Media in Highway Safety. Report No: DOT HS 010-1-012. National Technical Information Service, Springfield, Virginia 1971.
27. Ulmer R, Preusser D. Evaluation of repeal of motorcycle helmet laws in Kentucky and Louisiana. NHTSA Report DTNH22-99-D-25099, Preusser Research Group, Inc 2002.
28. A Controlled Study of the Effect of Television Messages on Safety Belt Use. Insurance Institute for Highway Safety, Washington, DC.
29. Bianco A, Trani F, Santoro G, Angelillo IF. Adolescents' attitude and behaviour towards motorcycle helmet use in Italia. *European Journal of Pediatrics* 2005; 164: 207-11.
30. Hung DV, Stevenson MR, Ivers RQ. Barriers to, and factors associated, with observed motorcycle helmet. *Accident Analysis and Prevention* 40. 2008; 1627-33.
31. McKnight AJ, McKnight AS. The effects of motorcycle helmets upon seeing and hearing. *Accident Analysis and Prevention* 27.1995; 4: 493-501.
32. Lowenstein SR, Steven R. The Colorado motorcycle safety survey: public attitudes and beliefs. *Journal of Trauma, Injury and Critical Care* 1997; 42 (6): 1124-28.
33. Allegrante JP, Mortimer RG, O'Rourke TW. Social-psychological factors in motorcycle helmet use. Implications for public policy. *Journal of Safety Research* 1980; 12(3):115-26.
34. Zhang J. Motorcycle helmet use and risk factors for helmet non-use among motorcyclists in China. PhD Thesis, The University of Sydney, Sydney, Australia 2004.
35. Mangus RS, Simons CJ, Jacobson LE. Current helmet use and protective equipment usage among previously injured ATV and motorcycle riders. *Injury Prevention* 2004; 10: 56-8.
36. Shitaba A, Fukuda K. Risk factors of fatality in motor vehicle traffic accidents. *Accident Analysis and Prevention* 1994; 26(3):387-91.

The attitude of Motorcycle Drivers about Helmet Use Based on Health Belief Model (HBM) in Khomein City, 2010

Mohammad Ali Oruogi (MSc)*¹, Abdolrahman Charkazi (MSc)²,
Fatemeh YazdanPour (MSc)³, Mansour Naemi (MD)⁴

¹ MSc in Health Education, Arak University of Medical Sciences, Arak Iran. ² Student of PhD in Health Education, Department of Public Health, school of paramedics and Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ³ MSc in Social Reinforcement Khomein Health Services Network, Arak University of Medical Sciences. Khomein, Iran. ⁴ Department of forensic, Khomein Iran.

Abstract

Background and Objective: Understanding and improving traffic behaviors, especially, the use of helmet is known as a strategy for preventing from road accidents. The aim of the present study was to assess the barriers to helmet use, based on health belief model in Khomein city.

Material and Methods: The subjects of this Cross-sectional study were 384 drivers recruited via convenience sampling. The instrument was a research-made questionnaire based on HBM items. The data related to performance, Perceived susceptibility, Perceived barriers, Perceived severity and Perceived benefits were analyzed by independent T-test, Pearson, spearman correlation, chi square and wilcoxon ($p \leq 0.05$).

Results: The barriers to helmet use are sweating, decreased hearing, expensiveness, heaviness, and visual limitation, choking feeling, hairstyle, losing the helmet, shyness and time consuming, respectively. The rate of helmet use is 16.2%. According to the subjects, education (61.4%) paying fines (22.7%) and confining motorcycles (15.9%) are effective on wearing helmet.

Conclusion: According to the results, we recommend performing proper educational programs about wearing helmet, based on HBM, designing new helmet by considering fore mentioned problems and modifying police treatments toward education.

Key words: Helmet Use, Health Education, Health Belief Model, Khomein

* **Corresponding Author:** Mohammad Ali Oruogi (MSc), **Email:** orouji56@yahoo.com